

# 「患者中心の医療」のためのナラティブ・アプローチ

## A Narrative Approach to “Patient-Centered Medicine”

川井田 健 斗\*

Kento KAWAIDA

### 0. はじめに

コミュニケーションと医療は密接に関係している。誰しものが一度は患者として病院へ行き、医師とコミュニケーションをした経験があるだろう。例えば診察室では、様々なコミュニケーションの形が存在している。患者が体の不調を言葉で訴え、それを聞いた医師が薬の処方箋や治療方法などを説明するといった言語的な側面のみならず、治療器具、白衣姿の医師、人体模型などの非言語的な側面も診察室でのコミュニケーションに大きな影響を与えている。また、医師や患者を取り巻くコンテキストがコミュニケーションに与える影響も無視できない。特に医師は、専門的な医学教育や研修を受け、正当な医師国家資格を持って患者を診察するという背景があるが、患者はその名の通り病を患っている状態の者であれば誰でも該当する。そのため、専門家である医師と非専門家である患者（専門知識を持つ患者ももちろん存在する）の間では、疾病に対してお互い相容れない認識枠組みをもってコミュニケーションをしていることは容易に想像できるだろう。例えば、患者は「こめかみはずきずきして、仕事をしていられない」と感じるのに対して、医師は「患者は両側頭部に拍動性の疼痛を主訴している」と認識する（藤崎、2009）。しかし、このように医師だけが持つ特権的な医学知識を基に患者を診察するという医療の方法は専門家としての支配的な医師と単なる医療受益者としての患者という関係を強固にし、父権主義的な医療体制へと導いた。

近年、そうした父権主義的な医療観や患者の疾患だけに注目した医療への反省に基づき、「患者中心の医療（Patient-centered medicine）」や「患者中心のアプローチ（Patient-centered approach）」といった概念が提唱され、患者—医師間の医療コミュニケーション研究において注目を集めている（石川、2021；Harrington, 2015; Institute of Medicine (US) Committee on Quality of Health Care in America, 2001）。Stewart (2003) は、「患者中心の医療」の達成のために最終的に目指すことは、意思決定の共有（Shared decision making）としたうえで、そのための重要な要因6つ「1：疾患と病体験の両方を探る、2：全人的に理解する、3：共通の基盤を見出す、4：患者—医師関係を強化する、5：予防と健康増進を組み込む、6：現実的になる」を挙げており、モデル化している。これら6つの要因はすべて「患者中心の医療」を達成するためには重要であるという前提として、本稿では特に「2：全人的に理解する」に焦点を当てている。この要因は、患者を病の経験の当事者とし、彼らから表出される病の語りには、体の不調を訴え

\* かわいだ けんとう 文学研究科英文学専攻博士前期課程  
指導教員：宮原 哲

る言葉のみならず社会的背景が彼らの病の経験を形作っていることを念頭に理解していく必要性を示唆している。近年、患者を全人的に理解していく医療研究、実践のことを総称して Narrative Based Medicine (以下 NBM) (Greenhalgh, 1998) と呼んでいる。NBM は、Evidence based medicine (以下 EBM) を補完する形で提唱され、注目を集めてきた。

本稿は、患者を全人的に理解するために「ナラティブ」という概念は「患者中心の医療」の動きの中でどのように認識されているのか、また「ナラティブ」にはどのような理論的背景があるのか、そして「ナラティブ」はどのように実践されているのかを概観することが目的である。そのため、第一節では、EBM から NBM への系譜を遡ることによって「ナラティブ」が「患者中心の医療」の動きにおいて、なぜ重要視されるようになったのかを確認する。第二節では、「ナラティブ」という概念への注目はポストモダンの流れと密接に関係していることを言語論的転回から物語的転回の流れを抑えながら確認する。第三節では、「ナラティブ」は医学/医療の場でどのように実践されているのかについて概観する。

## 1. EBM から NBM の系譜

EBM と NBM は「患者中心の医療」に主眼を当てたアプローチであるが、大きな違いとして EBM は「エビデンス」に基づいた患者中心の医療実践を強調している。NBM は、EBM における「エビデンス」に批判的な目を向け、代わりに「ナラティブ」によって患者を全人的に理解していく必要性を説いている。しかし、EBM と NBM は対立した概念ではなく、むしろ「患者中心の医療を実現するための車の両輪」(斎藤、2019) として理解されており、どちらも医療の包括的な発展に寄与している。本節では、EBM の特徴、その限界、そして NBM の主な特徴を概観する。

### 1.1 EBM の定義と限界

Davidoff ら (1995) は、Evidence-Based Medicine 誌において EBM の特徴を以下のように詳述している。

第一に、臨床的な決定は最良の科学的エビデンスに基づくべきである。第二に、臨床的な問題を解決するために探し求めるべきエビデンスの種類は、習慣やプロトコルではなく、臨床的な問題自体に基づくべきである。第三に、最良のエビデンスを特定するには、疫学および生物統計学的な考え方を使用するべきである。第四に、エビデンスを特定し、批判的に評価することから得られる結論は、患者の管理や医療の意思決定に実践される場合のみに有用である。最後にパフォーマンスは常に評価されるべきである。

EBM とは、臨床研究による「エビデンス」、医療従事者の専門性、そして患者の価値観といった三要素を統合し、「患者中心の医療」を目指していく医療全体の動きである。そのため、EBM とは決して「エビデンス」のみを追求する動きのことではない(中山、2010)。しかし、Evidence based medicine という名前にもあるように「エビデンス」に基づいた医療実践を強調していることは事実である。Cohen ら (2004) は、EBM に基づいた医療に対して繰り返しなされている批評や限界点を五つ分類しており、以下ではそれらの批評から EBM における「エビデンス」の妥当性について議論している分類を参考に概観している。

#### 1.1.1. 「エビデンス」の定義の範囲の狭さ

まず、EBM における「エビデンス」の定義の幅は非常に限定されており重要な情報を見逃してしまう可能性があり、そしてその「エビデンス」は条件付きの問いに対してのみ機能を発揮することが指摘されている (Cohen et al, 2004)。EBM において「エビデンス」は種類によってその信ぴょう性がランク付けされ

ている。Davidoffら（1995）によると、「疫学的及び生物統計学的な考え方」が定義上、最良のエビデンスとして認識されており、ランダム化比較試験（RCT）によって導き出されたデータが質の高い「エビデンス」として認められている。そのため、質的データは、EBMのパラダイムにおいては質の低い「エビデンス」とみなされている。ここで言及されている質の高い低いといった基準は生物統計学的なデータの「客観性」にある。つまり、RCTによるデータはより「エビデンス」の客観性が高く、そのほかのデータ群はより主観的であるため、このようなランク付けがされている（Haynes, 2002; Sackett et al, 1996）。また、EBMによって定義されている「エビデンス」は、それが条件を満たしている問いにしか答えることができないという指摘がある（Jones and Sagar, 1995）。逆説的だが、条件を満たしていない問いに対しては「エビデンス」がいくら精査されたデータであっても機能しないのである。つまり、少数の患者集団に特有の問題や、主観的評価、定性的手法、自然観察が必要な問題は、EBMが「最良のエビデンス」と考える手法では研究することができない。さらに、EBMの方法は統計学的であるため、臨床的に重要な詳細が研究方法によって見落とされたり、単に平均化されることもある（Cohen, 2004）。

### 1.1.2. 「エビデンス」の哲学的土台の脆さ

次に、「エビデンス」が依拠している還元主義や経験主義といった哲学的な土台には欠点がある（Cohen et al, 2004）。谷田（2007）によると、EBMを実践する西洋医学の起源はギリシャ哲学の還元主義にあり、そこから患者の訴えよりも“臓器の異常”を標的とする臓器別医療、そして近代統計学の発展と医学が結びついて現代の科学的合理主義に基づく医療体制へとつながった。つまり、EBM発展の背景には科学的合理主義があるため、EBMは「エビデンス」の合理性や客観性を尊重している。しかし、過去の哲学的な議論から参照されるように「エビデンス」を観察する主体と、観察される「エビデンス」という客体の関係性を明確に区別することは不可能である（Russel, 1959）。なぜなら、「エビデンス」を生み出したりそれを解釈するために使う言語は、間主観性；「複数の人々の間で共有される、同じようなモノの見方や捉え方」によって成り立っているため、私たち人間が「エビデンス」の客観性を判断する際には常に間主観性としての言語が付きまとうのである。そのため科学的合理主義が標榜する「客観的な観察」といったものは不可能であり、すべての観察行為には主観性が共存する（Harari, 2002）。観察者の主観から独立して行う研究は不可能であるので、研究行為には研究者の世界観が含まれていることを考慮すべきではあるが、科学的合理主義を思想の背景としているEBMにとってそれを考慮することはすなわち自己矛盾を意味する。

### 1.1.3. 「エビデンス」はバリエーションに対応できない

「エビデンス」を個々人の患者に適用するにはやはり限界が生じている（Cohen et al, 2004）。EBMでは、「疫学的および生物統計学的な考え方」（Davidoff et al, 1995）を中核に据えているため、統計学を用いた大規模な母集団に対する治療行動の策定や、医療実践に焦点を当てている。そのため、患者を個人ではなく集団の要素として扱うため、ある治療法がその人にとって本当に有益かどうかという判断の幅に差が生じてしまう（Cohen et al, 2004）。患者の病の経験は決して他人が理解できるものではなく、ましてや集団の要素として患者の一人一人の行動を完全に予測することは不可能である。Jones and Sager（1995）は、「ある治療法が集団ベースで他の治療法より優れていることが示されても、それが患者にとって最良の治療法であることを意味しない」と述べている。そのため、「患者中心の医療」を達成するためには「エビデンス」のその先、つまり患者視点で考えていく必要がある。

以上、EBMの定義と限界を概観した。主な批評はEBMが標榜する「エビデンス」の不確実性に集中していることが確認できた。やはりいくら生物統計学的に精査された「客観性」の認められたデータであっ

ても、多様な患者のニーズに適用するには、限界がある。そこで「患者中心の医療」をより高水準で達成するために、NBM が提唱された。以下では、NBM の詳しい特徴を概観する。

## 1.2 NBM の特徴

NBM の大きな特徴として「ナラティブ」という概念がキーワードにはなるがその言葉自体多義的であり、断定した定義づけが困難である。斎藤 (2019) も述べるように、「ナラティブ」という世界観そのものに言葉の多義性を尊重する傾向があり、NBM における唯一の定義を定めてしまうことはナラティブの多様さを限定してしまう可能性がある。

Taylor (2010) は、NBM を「患者が自身の人生の物語を語ることを助け、『壊れてしまった物語』をその人が修復することを支援する臨床行為」と暫定的に定義した。病を患うという経験は、程度に差はあれども今まで当たり前でできていたことができなくなり、とりわけ後遺障害や慢性疾患などを患った場合には、病気を治して元の状態に戻るといよりも、その病と共にこれからの人生を歩んでいくことを意味する (石川、2020)。では、「壊れてしまった物語」を修復するためにはどのような方策がとられるのだろうか。

### 1.2.1 病の経験とは「生活世界」における一つのナラティブである

NBM に基づいた医療では、医療従事者は「患者の病」と「病に対する患者の対処行動」を、患者の人生と生活世界における、より大きな物語の中で展開する「ナラティブ」とであるとみなす (斎藤・岸本、2003)。医療人類学者である Kleinman (1988) は、疾患 (disease) とは明確に区別された、病 (illness) という言葉を用いて患者を全人的に理解していくことの重要性を説いている。このコンテキストでの病 (illness) とはつまり「人間に本質的な経験である症状や患うこと (suffering) の経験」を意味している。また、患者の病の経験は患者の人生という大きな物語の中にある一つのナラティブとして考えるため、病の経験 (illness experience) のみに焦点を当てるのではなく、その背後にある患者の社会的背景をも考慮したケアが必要になる。そうすることによって医療従事者は、患者の人生という大きな物語における「倫理的証人」(Kleinman, 1988)<sup>i</sup> の役割を引き受けることができる。

### 1.2.2 多様なナラティブの共存

次に、NBM において医療従事者は一つの問題や経験が複数の物語 (説明) を生み出すことを認め、「唯一の真実の出来事」という概念は役に立たないことを認める (斎藤・岸本、2003)。EBM におけるエビデンス、患者のナラティブ、医療者のナラティブ、西洋医学のナラティブ、東洋医学のナラティブ、その他さまざまな形式のナラティブは、どれが一番優れているのかという問題ではなく、常に複数の物語が共存する事を尊重する。例えば、「うつ病」と呼ばれる病態を例に挙げて考えてみると、西洋医学では「うつ」は脳内のセロトニンという神経物質の量が増減することによっておこるとされており、選択的セロトニン再取り込み阻害薬を用いて物質量を調整する治療法が有効だと考えられている (斎藤、2019)。確かに「うつ」に対して一定の効果はみられるが、薬が効かない人も一定数存在し、病態によっては副作用が生じることも明らかになっている。また、東洋医学では「うつ」は「気」という生命エネルギーが鬱滞しているために起きると考えられ、患者の「気の流れ」を良い状態にするために東洋医学的な診断を駆使し治療に臨む。さらに、臨床心理学において「うつ」は、私たちの「考え方のくせ」によって生じると考えられており、認知療法を行うと抗うつ薬に劣らない治療効果が望めるということも明らかになっている (斎藤、2019)。このように「うつ病」一つをとっても、西洋・東洋医学、臨床心理学それぞれのパラダイムではお互いに相容れないナラティブによって「うつ病」という病態を解釈し、患者の治療に役立てている。そのため、病気の治療法として「唯一」の概念は存在せず、むしろ複数のナラティブが共存することを認め

ることによって、医療者が患者のナラティブを尊重し、患者も医療者のナラティブを尊重するといったお互いの意思を尊重することが可能になる。

### 1.2.3 因果論的思考の限界を認める

最後に NBM において医療従事者はすべての物事を、先行する予測可能な「一つの原因」に基づくものとは考えず、複数の行動や文脈の相互作用から浮かび上がるものとみなす（斎藤・岸本、2003）。現代の医療、特に西洋医学は原因—結果という因果論的思考によって発展してきた。例えば、還元主義に由来する臓器別医療は患者の訴えよりも臓器の異常を標的にし、臓器と疾患の関連性に関する理解を提供した（谷田、2007）。まさに「臓器の異常」という原因と、その原因を解釈するためのあらゆる基礎医学の解釈枠組みによって導き出された結果という構図は因果論的と言えよう。フランスの思想家であるミシェル・フーコーは、因果論的思考によって物事を解釈するための「知識」には、権力が密接に関係している（power/knowledge）と述べた。彼の権力論の説明は、マキャベリズムに代表されるような絶対権力による支配を意味するのではなく、むしろ権力のメカニズムは下支えされ維持されていると述べている。彼は、『監獄の誕生』において近代における処罰制度から現代の監獄制度までを考古学的に分析し、私たちが自明であると考えた病院、学校、法律、政治制度といったあらゆるシステムを構成する知識体系は、私たち自身が積極的に関与することによってその権力機構を維持していることを明らかにした。例えば現在、高血圧の基準は診察室血圧で140/99mmHg 以上と定義され、正常血圧は120/80mmHg 以下とされている。この定義により高血圧と分類された個人は、食事療法や運動療法、もしくは薬剤療法による治療が施される。高血圧という原因を治療するために様々な対処療法を施すという構図は一見理にかなっていると思われるが、フーコーの権力論に従うと、140/99mmHg といった高血圧の基準は人間による恣意的な判断が介入しており絶対的な真理ではないのである。事実、高血圧の定義は時代と共に変化している（服部、2021）。もちろんこの基準が無意味であると述べたいのではなく、むしろ私たちが健康的な生活を送るための大切な基準である。しかし、私たちが自明であると考えたあらゆる知識体系の背景には、社会による恣意的な判断基準が潜んでおり、また私たち自身が積極的に関与することによってそういった知識体系を維持しているのだということを念頭に置くと必ずしも因果論的思考が正解を導くとは限らない。そのため、NBM におけるナラティブ論は一人一人の語り注目することによって、伝統的な因果論的思考では発見できないような患者の病の経験に焦点を当てることができるのであろう。

以上、EBM の定義と限界、そして NBM の特長を概観した。「ナラティブ」が医学 / 医療の分野において NBM といった概念枠で提唱されたのは、1998年の Greenhalgh らによってではあるが、こうした医療分野での「ナラティブ」による認識論への傾倒の歴史は20世紀中ごろからのポストモダンの系譜と重なっている。そのため、次節ではポストモダンの系譜、特に言語論的転回から物語的転回までを辿ることによって「ナラティブ」がポストモダンの動きの中でどのように発展していったのかを確認していきたい。

## 2. 言語論的転回と物語的転回

奥田（2016）によると現在「ナラティブ」という言葉は、様々な領域で使用されている。例えば、医療分野だけにとどまらず、心理学、教育学、社会学、法学などの学問分野、あるいは美術・建築・デザインなどの空間創造の領域、ゲーム業界を含む物販や広告、リーダーシップ教育に至る経営の分野でも、幅広く使用されている。こうした「ナラティブ」による認識論への傾倒は、1990年ごろからの「ナラティブ・ターン（物語的転回）」と呼ばれている。

## 2.1 言語論的転回

まず、ナラティブ・ターン（物語的転回）は言語論的転回を前提にしていると考えられており、これはソシュールによる記号学と構造主義的なものの見方による転換を指している（やまだ、2006）。Saussure（1922）は、『一般言語学講義』において、記号のシステムには二つの側面があることを主張した。それはシニフィアン（意味するもの）とシニフィエ（意味されるもの）であり、両者の関係は恣意的に構成されている。例えば、リンゴという実在物（シニフィアン）は、りんごと呼ぶこともできれば、アップルと呼ぶこともできる（シニフィエ）。また、この実在物はみかんでもイチゴでもないという差異の事実によって存在規定を可能にしている。つまり、言語とは現実の写し鏡ではなく、差異の体系としての「構造」なのである。彼はこのような言語体系を「ラング」と呼び、「ラングは実態ではなく形式である」と主張した。こうした構造主義的なものの見方は、レヴィ＝ストロース、フーコー、ラカン、バルト、アルチュセールといった「五人の構造主義者」<sup>1)</sup>に影響を与えた（岡本、2015）。しかし、こうした構造主義の言語観は、変化しない静態的な「構造」を扱おうとしている点で批判がなされた。それに対して、以降の「ナラティブ・ターン（物語的転回）」では、「対話」「相互行為」「生成プロセス」などの語りの行為や語りの変化が強調される（やまだ、2007）。

## 2.2 ナラティブ・ターンにおける社会構成主義

ナラティブ・ターンにおける代表的な理論的枠組みとして社会構成主義がある。ここでは Gergen（1999）の社会構成主義の四つのテーゼに依拠したい。

第一のテーゼは、「私たちが世界や自己を理解するために用いる言葉は、「事実」によって規定されない」（Gergen, 1999）である。言語は現実の写し鏡ではなく、差異によって規定されていることは構造主義においても議論されていた。しかし、構造主義の言語観は静態的な「構造」としての言語なので、存在している状態の物を〇〇ではないものとして表現する。つまり、存在は〇〇か〇〇ではないかといった具合の二分法に陥っている。社会構成主義はそのような二分法を批判している。例えば、「地球には重力があって、それが私たちを地表につなぎとめている」「ガンは命にかかわる病気である」といった記述の仕方はそれである必要がなく無限の記述や説明の仕方がありうるのである（Gergen, 1999）。つまり私たちは、今ある言語を用いて「重力」や「ガン」が存在する世界を構成しているのである。しかしこうした見方を突き詰めていくと、私たちの世界を構成する法律や政治制度には意味がないものになり、虚無主義に陥ってしまうのではないかという見方がある。フランスの理論家デリダは、このような批判に対して脱構築と呼ばれる方法で応答している。彼は、西洋における伝統的な二分法は一方が他方より優れているとみなされたり、重んじられたりする傾向があると述べている。例えば、西洋文化においては、感情的なものよりも合理的（理性的）なものが、身体よりも精神が、混沌よりも秩序が、他者に追従するものよりも先導するものが、評価される傾向にある（Gergen, 1999）。もちろん文脈によって評価の基準は異なるが、医療の場においても病者よりも「健常」な状態の者、患者よりも医師のほうが優れているという暗黙の見方があるのではないだろうか。脱構築の方法はそうした二項対立的なものの見方を区別する境界を払い、「ありえたかもしれない多様な意味の抑圧」（Gergen, 1999）を開放し、新たな世界の解釈の仕方を可能にする。「ナラティブ・セラピー」はこのような脱構築の方法を実践の場に援用したものであると考えられる。

第二のテーゼは、「記述や説明、そしてあらゆる表現の形式は、人々の関係から意味を与えられる」（Gergen, 1999）である。このテーゼの認識は、Wittgenstein（1978）の『哲学探究』で提示される「言語ゲーム」の考え方に拠っている。彼は「言語ゲーム」をチェスのメタファーに置き換えて説明しているが、ここでは医療における診察の場に変換して説明を試みる。診察の場では、主に医療者と患者という二人のプレイヤーが、患者の病気をめぐって対話をしている。この場では明示されたルール（医療者が問診のために患者の身体に触れて心音を確認する行為、炎症がないか器具を使って喉の奥を確認する行為など）が、

明示されないルール（相手をののしってはいけない、相手に唾をはきかけたりしてはいけないなど）と共存している。これらのルールは医療者と患者という関係性があることで成り立っている。そのため、もちろん診察というゲーム外ではこうしたルールは意味をなさない。言葉に対する応答も同じく、医師が患者に対して「体の具合はどうですか？」と投げかけてきたら患者は自身の体の調子を答えるだろう。しかし、同じ質問でも獣医師と飼い主の関係であれば飼い主はペットの体の調子を答えるだろう。つまり、私たちの意味のある発話や行為はすべて、人間関係において何か物事を遂行するときに意味を獲得する、換言するならば、私たちの言語にはパフォーマンス（遂行的）な性質があるといえよう（Gergen, 1999）。

第三のテーゼは、「私たちは、何かを記述したり説明したり、あるいは別の方法で表現したりするとき、同時に自分たちの未来をも想像している」（Gergen, 1999）である。第二のテーゼで見てきたように、私たちの言語的な実践は、関係性から切り離せないものである。そのため自己や心理、道徳といった私たちの伝統は「人々がともに意味を生成していく絶え間ないプロセス」（Gergen, 1999）によって維持されている。Gergen (1999) は、既存の理解の伝統に立ち向かい、行動の新たな可能性を切り開くような言説や表現のことを「生成的言説」と呼んでいる。

第四のテーゼは、「自分たちの理解のあり方について反省することが、明るい未来にとって不可欠である」と主張する（Gergen, 1999）。社会構成主義は、自明とされているものを疑い、現実を解釈する別の枠組みを受け入れ、様々な立場を考慮して物事に取り組む姿勢を重要視している（Gergen, 1999）。フランスの思想家リオータルは、モダニズム思想によって近代理性と共に発展してきた文明社会が崩壊している現代のポストモダン状況を「大きな物語の終焉」と表現している。つまり、啓蒙思想によって確立してきたあらゆる文化や学問的な知識体系という大きな物語は文化の序列を作り出し、それが「知」を正当化してきたのだが、ポストモダン状況においては何が「高級」で、何が「低級」であるのか、何が「進歩的」な考え方であり、何が「遅れた」生活であるのかといった価値の見方は崩れているのである（石田, 2010）。そのため、医療における様々な学問体系においてもその知識体系の在り方を反省することによって、現代のポストモダン状況における「患者中心の医療」が可能になるのではないかと考える。その先駆けとして、NBM が EBM の補完的な概念として時を同じく提唱されたことは「大きな物語の終焉」としての現代社会における新しい医療の方向性を意味しているのではないだろうか。

### 3. ナラティブの実践

#### 3.1 臨床実践におけるナラティブ・アプローチ

ナラティブの実践を二つに大別するならば臨床実践と研究実践に分けられるだろう。まず、臨床実践におけるナラティブ・アプローチの例として、「ナラティブ・セラピー」を取り上げたい。ナラティブ・セラピーは社会構成主義を理論的基礎としている。それは、「セラピストとクライアントが共同で物語としての自己を構成していく実践」（野口, 2005）として特徴づけられる。第二節の物語的転回における社会構成主義で確認したように社会構成主義の主な特徴は、言葉によって私たちは現実を理解し、意味づけを行い、目の前の出来事を解釈する。つまり、ナラティブ・セラピーではナラティブ（物語）が患者の現実世界を構成しているという考え方を中核に置き、セラピストはクライアントの自己の構成や問題に対する向き合い方の転換をサポートしていく。そのため、クライアントの抱える問題の状態もまた物語によって構成されていると考える。

White and Epston (1990) は、クライアントらが抱える問題の状態を「ドミナントストーリーが十分に彼らの生きられた経験を表していない」状態としている。ドミナントストーリーとは Foucault (1977) の規律型権力といった権力論を土台としている。つまりそれは、抑圧された知の体系や私たちが自明視して疑わない物語のことを指す。私たちはドミナントストーリーに制約されて生きているわけであるが、決し

てドミナントな状態が悪い状態を意味するのではなく、むしろドミナントなストーリーによって私たちは様々な現実を解釈している。例えば、ニュースで凄惨な事件が報道された際に私たちは強い不安感に襲われる。そのため私たちはその事件の容疑者が今までどのような異質な人生を過ごしてきたのか、また人間関係はどのような歪みがあったのかといった容疑者にまつわるネガティブな物語を求め、メディアもそれを報道している。そして、凄惨な事件が起こった際に大抵の容疑者には人生や人間関係に何らかの問題があり、それらが動機となって犯行に及んだというように現実を解釈する。そうすることによって私たちは物語のつじつまを合わせ、強い不安感を軽減することができる。

しかし、White and Epston (1990) が述べるようにドミナントストーリーはクライアントの生きられた経験を十分に表していない状態といえるため、代替となる「オルタナティブストーリー」(White & Epston, 1990) に焦点を当てる必要がある。セラピストは、ドミナントストーリーからオルタナティブストーリーへの「物語の書き換え」を支援しクライアントの生きられた経験の表出を手助けするのだが、具体的にはどのような方法があるのだろうか。

Morgan (2000) は、「ナラティブ・セラピー」の実践の特徴として「問題の外在化」を挙げている。問題の外在化とはその名の通り問題を外に追いやって、問題を抱え込むクライアントが問題なのではなく、問題が問題なのであるといった考え方へのシフトを促す。例えば、「私はうつっぽいで、どこへも出かけたくありません」(モーガン、2003) といった発言に対し、セラピストは「私はうつである」の部分に注目する代わりに、「うつが外に出かけることを難しくしているのですね」と応答することによって問題の外在化を試みる(モーガン、2003)。外在化する会話では問題は人から離れたものとして考えられるため、セラピストは問題を「物体」として想像することによって頭の中でクライアントと問題の存在を切り分けている(モーガン、2003)。

もう一つの特徴は、クライアントの「ユニークな結果」を発見する事、そしてその「ユニークな結果」をオルタナティブストーリーへと昇華させることによってクライアントの問題解決を図ることである(モーガン、2003)。「ユニークな結果」とは、ドミナントストーリーにうまく納まらない出来事すべてと説明されている(モーガン、2003)。例えば、「私は父親の犠牲者です」や「私は不幸な人生を送ってきました」というドミナントストーリーでは、父親との楽しかった思い出や幸福だった思い出は語られることはない。しかし、セラピストはクライアントから語られることのないこのような語り、つまり「ユニークな結果」を発見することが求められる。そして「ユニークな結果」をつぶさに観察しクライアントと共有することによって最終的にはオルタナティブストーリーへの物語の書き換えを可能にするのだ。

### 3.2 研究実践におけるナラティブ・アプローチ

池田 (2006) は、現代のコミュニケーション状況をトポス＝磁場とし、そこは偶有性に満ちた場であると表現した。トポスという場において私たちのコミュニケーションは画一的なものではない。それは従来のコミュニケーション学が射程としていた、「技術」、「心性の問題」、「マスコミ研究」としてのコミュニケーション学では捉えきれない複雑な様相を呈している。トポスとは、「権力と人々が相互依存的にコミュニケーションする場所」(池田、2006) であり、また権力と人々の関係は決定しておらずどのような関係にもなることができる偶有性を持っている(池田、2006)。そのため、現代コミュニケーション学はトポスにおける偶有生を顕在化し、権力とコミュニケーションする方法を提示することに研究の可能性を見出すべきであるとしている(池田、2006)。

例えば、「患者」という呼び名は権力と密接に関係している。「患者」とは医療従事者側からの呼び名である。そのため、「患者」と言う名称がつく時点で彼らは「医療受益者としての個人」の側面が強調され、そのほかのあらゆる特性(職業、彼らの人生経験など)は過小評価される。従来のコミュニケーション学であれば、医師が患者とうまくコミュニケーションが取れないという現象の原因を特定し、その解決とし

ての方法を提示するといった因果関係に基づく実証主義的な研究実践がされていたのかもしれない。しかし、トボスにおいては「患者」という存在は偶有性の伴う不確実な存在として認識される。例えば、「患者」としての患者の患う状態とは一体何を意味するのであろうか。また、患う状態を表現する言葉はどれだけ患者の状態を表しているのだろうか。さらに、その言葉を受け取る側の解釈枠組みにも多様なバックグラウンドがあることにも自覚しておく必要があるだろう。

このように、「患者」という言葉一つをとっても「患者」の患う状態は多様であり、偶有性が伴っている。筆者は、そのような偶有性に満ちた多様な場におけるコミュニケーションを顕在化するための方法論の一つとしてナラティブ・アプローチがあると考え。研究実践におけるナラティブ・アプローチとは、あらゆる現象をナラティブな視点から捉え、「ナラティブ・モード」(Bruner, 1986)によって「現実」の成り立ちを理解し、自己と他者との関係性を構築しているという特徴がある(野口、2005; Bruner, 1986)。しかし、十把一絡げにナラティブの視点を一つの言葉で括ることはできないため、研究者はどのような意味でナラティブを捉えているのかを意識する必要がある。そのため、能智(2006)はナラティブの多重性を指摘し「思考としてのナラティブ(主観的世界)」、「行為としてのナラティブ(相互作用、言語の実践、働きかけ)」、「産物としてのナラティブ(パロール、発話、語り、意味づけ)」、「社会文化のなかのナラティブ(言説)」のどの部分に着目して分析の対象としているのかを明確にする必要があると主張している。分析における基本的なプライマリーデータはテキストデータになるため、データを批判的に読み込む必要がある。批判的にナラティブの視点からテキストデータを分析する方法として Riessman (2008) は主にテーマ分析、構造分析、そして対話分析を挙げている。

#### 4. 結語

本稿では、患者を全人的に理解するための方法論としてのナラティブ・アプローチを概観した。その結果、医療分野全体の動きとして Evidence Based Medicine の「エビデンス」に対する不確実性の欠点を補う形で Narrative Based Medicine が提唱され、そのような動きはポストモダンにおける言語論的転回から物語的転回と重複していることが確認できた。また、ナラティブの実践では心理療法の一環としてナラティブ・セラピーがすでに臨床現場における実践方法として活用されている事が分かった。ナラティブによる現実の認識や解釈はここ数十年の間に提唱されたため、確固たる実践方法や分析方法はいまだ確立していない。むしろ、これからも「確固たるもの」として確立されることはないだろう。モダニズムの流れで大きな物語の存在を信じていた私たちの現実に対する認識はポストモダンの流れと共に不確実なものへと変わり、その代わりに小さな物語の存在が重要視されることとなった。そのため、ナラティブによる現実解釈はその代表格として私たちに無限の言論空間を提供し、確固たる真実を教えてくれなくなった。そういった側面は一見、不気味でこれから何を信じて生きていくべきかという迷想に陥ってしまうかもしれない。しかし裏を返せば、ナラティブの視点は大きな物語によって抑圧されていた「ありえたかもしれない多様な意味」(Gergen, 1999)を解放してくれるきっかけを提供してくれるため、多種多様な人々の言論空間が平等な価値を持つものとして認識されるようになるだろう。そのため、医療現場におけるコミュニケーション研究として患者のナラティブに焦点を当てて研究することは父権主義的な医療観を打破し、患者を疾患だけではなく全人的な側面から理解していくためには意義のあるものであると考える。

#### 注

- i 「倫理的証人」とは、医療人類学者クラインマンによって示された概念であり、病者の苦痛に正面から向き合い、痛みを分かち合おうとする聴き手の姿勢を意味している。この聴き手の姿勢は、病者に固有な経験の解釈や病の経験による教を病者と共に学び、理解していく視野を提供する (Kleinman, 1988)。

- ii 本稿における構造主義者やポスト構造主義者という区分けは、明確に定義されているわけではないのであくまでも一般的に構造主義やポスト構造主義が議論される際に引用がされている著者をそれらに位置付けている。

## 参考文献

- Bruner, J. (1986). *Actual minds, possible worlds*. Harvard University Press.
- Cohen, A., Stavri, P., Hersh, W. (2004) Categorization and analysis of the criticisms of Evidence-Based Medicine. *International Journal of Medical Informatics*, 73 (1), 35-43.
- Davidoff, F., Haynes, B., Sackett, D., & Smith, R. (1995). Evidence based medicine. *BMJ (Clinical research ed.)*, 310 (6987), 1085-1086. <https://doi.org/10.1136/bmj.310.6987.1085>
- Foucault, M. (1977). *Discipline and punish: the birth of the prison*. New York: Pantheon Books. (田村俣 (訳) (2020). 『監獄の誕生 監視と処罰』. 新潮社.)
- Gergen, K. (1999). *An invitation to social construction*. London: Sage. (東村知子 (訳) (2004). 『あなたへの社会構成主義』. ナカニシヤ出版.)
- Greenhalgh, T. & Hurwitz, B. (1998). *Narrative based medicine Dialogue and discourse in clinical practice*. BMJ books. (斎藤清二., 岸本寛史 (訳) (2001). 『ナラティブ・ベイスド・メディスン—臨床における物語りと対話—』. 金剛出版.)
- Harari E. (2001). Whose evidence? Lessons from the philosophy of science and the epistemology of medicine. *The Australian and New Zealand journal of psychiatry*, 35 (6), 724-730. <https://doi.org/10.1046/j.1440-1614.2001.00957.x>
- Harrington, N. G. (2015). *Health communication: Theory, method, and application*. New York: Routledge.
- Haynes R. B. (2002). What kind of evidence is it that Evidence-Based Medicine advocates want health care providers and consumers to pay attention to?. *BMC health services research*, 2, 3. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-2-3>
- Institute of Medicine (US) Committee on Quality of Health Care in America. (2001). *Crossing the quality chasm: A New Health System for the 21st Century*. Washington (DC): National Academies Press (US).
- Jones, G. W., & Sagar, S. M. (1995). Evidence based medicine. No guidance is provided for situations for which evidence is lacking. *BMJ (Clinical research ed.)*, 311 (6999), 258-259. <https://doi.org/10.1136/bmj.311.6999.258>
- Kleinman, A. (1988). *The illness narratives: Suffering, healing and the human condition*. NY: Basic Books. (江口重幸・五木田紳・上野豪志 (訳) (1996). 『病いの語り 慢性の病いをめぐる臨床人類学』. 誠信書房.)
- Morgan, M. (2000). *What is narrative therapy? An easy-to-read introduction*. Australia: Dulwich Center Publications. (小森康永・上田牧子 (訳) (2003). 『ナラティブ・セラピーって何?』. 金剛出版.)
- Riessman, C. K. (2008). *Narrative methods for the human sciences*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Russell, B. (1959). *The problems of philosophy*. UK: Oxford University Press.
- Sackett, D. L., Rosenberg, W. M. C., Gray, J. A. M., Haynes, R. B. & Richardson, W. S. (1996, January 13) Evidenced based medicine: what it is and what it isn't [Editorial]. *BMJ*. doi: <https://doi.org/10.1136/bmj.312.7023.71>
- Saussure, F. (1922). *Cours de linguistique générale*. Paris: Payot. (小林英夫 (訳) (1972). 『一般言語学講義』. 岩波書店.)
- Stewart, M., Brown, J.B., Weston, W., McWhinney, I.R., McWilliam, C.L., & Freeman, T. (2003). *Patient-Centered Medicine: Transforming the Clinical Method (Second edition)*. UK; Radcliffe Medical Press.
- Taylor, R. B. (2010). *Medical wisdom and doctoring: The art of 21st century practice*. Springer.
- White, M., & Epston, D. (1990). *Narrative means to therapeutic ends*. New York: Norton. (小森康永 (訳) (2017). 『物語としての家族』. 金剛出版.)
- Wittgenstein, L. (1978). *Philosophical investigations*. Oxford: Blackwell. (藤本隆志 (訳) (1997). 『哲学探究』大修館書店.
- 池田理知子. (2006). 『現代コミュニケーション学』. 有斐閣.
- 石川ひろの. (2020). 『保健医療専門職のためのヘルスコミュニケーション学入門』. 大修館書店.
- 石川ひろの. (2021). 「患者—医師間コミュニケーション研究に見る「患者中心の医療」という概念の進化」. 『医療と社会』, 30 (4), 447-458.
- 石田英敬. (2010). 『現代思想の教科書 世界を考える知の地平15章』. 筑摩書房.
- 岡本裕一郎. (2015). 『フランス現代思想史』. 中公新書.
- 奥田恭士. (2016). 「なぜ今ナラティブか?: その現状・背景・問題について」. 『兵庫県立大学環境人間学部研究報告』, 18, 67-76.
- 斎藤清二・岸本寛史 (2003). 『ナラティブ・ベイスド・メディスンの実践』. 金剛出版.
- 斎藤清二. (2019) 「医療におけるナラティブ・アプローチの最新状況」. 『日本内科学会雑誌』, 108 (7), 1463-1468.

- 谷田憲俊. (2007) 「EBM と NBM」. 『山口医学』, 56 (6), 189-191.
- 中山健夫. (2010). 「臨床研究から診療ガイドラインへ：根拠に基づく医療 (EBM) の原点から」. 『日本耳鼻咽喉科学会会報』, 113 (3), 93-100.
- 野口裕二. (2005). 『ナラティブの臨床社会学』. 勁草書房.
- 服部泰輔. (2021). 「高血圧の基準の推移の解説—高血圧の基準の変遷—」『アスクレピオス診療院ブログ』 <https://asklepios-clinic.jp/blog/2021/10/13/hypertension-criteria/> (2023年4月30日最終閲覧).
- 藤崎和彦・橋本秀樹 (2009). 『医療コミュニケーション』. 篠原出版.
- やまだようこ. (2006). 「質的心理学とナラティブ研究の基礎概念：ナラティブ・ターンと物語的自己」『心理学評論』, 49, 436-46.
- やまだようこ. (2007). 『質的心理学の方法 語りをきく』. 新曜社.